

<p><b>Teilnahmeerklärung HAUSARZT</b> zum Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit den Ersatzkassen in Baden-Württemberg (HZV-Vertrag)</p> <p><b>Bitte beachten Sie:</b> Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. (Bei Teilnahme eines hausärztlich tätigen Arztes in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden.) Die nachfolgenden Angaben zu Paragraphen und Anlagen beziehen sich - soweit nicht anders benannt - auf den HZV-Vertrag nebst seinen Anlagen.</p>	<p><b>Barmer / Techniker Krankenkasse / DAK Gesundheit KKH / HEK / hkk</b></p> <p>Zu richten an: HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG Abt. Vertragsdatenmanagement Edmund-Rumpler-Straße 2 51149 Köln</p> <p>Oder einfach per Fax</p> <p><b>01805- 00 24 25 - 437</b> (EUR 0,14/Minute aus dem Festnetz, Mobilfunk max. EUR 0,42/Minute)</p>
--	--

**I. Persönliche Daten (Pflichtangaben zu Ihren Stammdaten)**

Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/>		
Titel	Vorname	Nachname
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum (TTMMJJJJ)	LANR	HÄVG-ID (falls vorhanden)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EFN (Einheitliche Fortbildungsnummer falls vorhanden)		
<input type="text"/>		

**II. Praxisanschrift / Betriebsstätte**

BSNR	Gültig ab (TTMMJJJJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ	
Straße & Hausnummer	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ	Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefax	
<input type="text"/>	
E-Mail	
<input type="text"/>	
Mobil	
<input type="text"/>	

**III. Teilnahmevoraussetzungen & ggf. vergütungsrelevante Angaben (gem. § 3 des HZV-Vertrages)**

Zulassung und Vertragsarztsitz im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg  
 Vertragssoftware bereits vorhanden oder beantragt  
 Teilnahme an **DMP** (Diabetes Typ II, KHK, Asthma/COPD) durch mich; Kinder- und Jugendärzte nur DMP Asthma (vgl. § 3 Abs. 2 f)  
 Qualitätsmanagementsystem liegt bereits vor [besondere Qualitätsanforderung der HZV gemäß §3 Abs. 3 d]

**Qualifikation und entsprechende Ausstattung meiner Praxis und Erbringung folgender Leistungen\*:**  
*\* mit entsprechendem Kreuz bestätigen Sie, dass Ihnen ein entsprechendes Zertifikat / Genehmigung der zuständigen KV vorliegt.*

**Sonografie Abdomen**     durch meine Person     durch Kollegen aus BAG / MVZ     in Gerätegemeinschaft

---

**Sonografie Schilddrüse**     durch meine Person     durch Kollegen aus BAG / MVZ     in Gerätegemeinschaft

---

**Belastungs-EKG**     durch meine Person     durch Kollegen aus BAG / MVZ

---

**hausärztliche Geriatrie**  
 [Kinder und Jugendärzte müssen diese Qualifikation nicht erbringen]     durch meine Person

---

**Psychosomatik**     durch meine Person

---

**Betreuung chronisch kranker Patienten durch eine Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis (VERAH)**  
 (gesonderte Meldung per Fax über das Meldeformular VERAH erforderlich)



<b>3. Teilnehmernmanagement</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• der Hausärzterverband und MEDI meine Teilnahme an der HZV organisiert und für mich die Abrechnung der HZV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse vornimmt. Sie sind daher im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Durchführung und der Beendigung dieses HZV-Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen berechtigt. Das gilt auch für rechtsgeschäftsähnliche Handlungen mit Wirkung gegenüber der Krankenkasse im Sinne von § 2 Abs. 4 des HZV-Vertrages. Sie sind insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;</li> <li>• der Hausärzterverband und MEDI sich zur Durchführung ihrer vertraglichen Verpflichtungen mit Ausnahme der Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages soweit gesetzlich zulässig Erfüllungsgehilfen bedienen dürfen. Die HÄVG ist als Erfüllungsgehilfe des Hausärzterverbandes und MEDI zur Abgabe und dem Empfang von Willenserklärungen und als Adressat von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung für den Hausärzterverband und MEDI berechtigt; ausgenommen sind Erklärungen im Rahmen der §§ 5 Abs. 3, 15 - 18 und 21 des HZV-Vertrages. Die HÄVG ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit;</li> <li>• der Hausärzterverband und MEDI befugt sind im Einzelfall die in der Erklärung dieser angegebenen Teilnahmevoraussetzungen, bei der zuständigen Kassenärztliche Vereinigung zu prüfen. Die KV darf entsprechende Auskünfte an den Hausärzterverband und MEDI oder dessen Erfüllungsgehilfen erteilen.</li> <li>• ich verpflichtet bin, die erforderliche Praxisausstattung (Blutzuckermessgerät, EKG, Blutdruckmessgerät, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, onlinefähige IT (DSL/ISDN); zertifiziertes Arzteinformationssystem - AIS/Praxis-Softwaresystem -, Computerfax/Faxgerät) bereits bei Vertragsbeginn vorzuhalten,</li> </ul> <p>Hiermit erkläre ich ausdrücklich und verbindlich, dass sämtliche Angaben in dieser Teilnahmeerklärung richtig und vollständig sind (Selbstausskunft). Diese Teilnahmeerklärung und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des HZV-Vertrages.</p>
<b>4. Datenverarbeitung</b>
<p><b>Durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung bin ich mit folgenden Datenverarbeitungsvorgängen einverstanden:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meine in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG und dem Hausärzterverband sowie durch die HÄVG RZ GmbH und MEDI ausschließlich zur Durchführung des HZV-Vertrages und auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO verarbeitet.</li> <li>• Zur Abstimmung meiner beabsichtigten Teilnahme an diesem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse Name, Vorname, LANR und BSNR. Nach Bestätigung meiner Teilnahme an dem HZV-Vertrag erhält die Krankenkasse weitere zur Umsetzung meiner Vertragsteilnahme erforderliche Daten im Rahmen des HZV-Arztverzeichnis (gemäß §4 Abs. 3 HZV-Vertrag) sowie die von mir als HAUSARZT dokumentierten Diagnose-, Verordnungs- und Leistungsdaten zur HZV-Abrechnung (§§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages und Anlage 3).</li> <li>• Auch zur Durchführung seiner vertraglichen Verpflichtungen zur Abrechnung gemäß §§ 10 bis 14 des HZV-Vertrages haben der Hausärzterverband und MEDI nach § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 Abs. 5 SGB X die HÄVG Rechenzentrum GmbH, Edmund-Rumpler Straße 2, 51149 Köln beauftragt;</li> <li>• Darüber hinaus bin ich gem. § 295a Abs. 1 SGB V befugt und verpflichtet, die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben zur Abrechnung der im Rahmen dieses HZV-Vertrages erbrachten Leistungen einheitlich verschlüsselt direkt an dieses Rechenzentrum zu übermitteln.</li> <li>• Mein Name, Praxisanschrift und Telefon-/Faxnummer werden zum Zwecke der HAUSARZT-Suche in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der Vertragspartner veröffentlicht.</li> <li>• Die Krankenkasse informiert meine HZV-Patienten über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme an diesem HZV-Vertrag.</li> <li>• Meine Rechte zur Datenverarbeitung gem. Art. 13 und Art. 14 DSGVO im HZV-Vertrag und der Datenschutzanlage zum HZV-Vertrag habe ich zur Kenntnis genommen.</li> </ul> <p> <input type="checkbox"/> Ja, ich bin Mitglied im Hausärzterverband und/oder MEDI e. V. und zahle eine verringerte Verwaltungskostenpauschale  <input type="checkbox"/> Nein, ich bin derzeit weder Mitglied im Hausärzterverband noch bei MEDI e. V. und zahle den um 2 % erhöhten Verwaltungskostenatz  <input type="checkbox"/> Ja, ich möchte von der Verbandsgruppe Deutscher Hausärzterverband e.V. (Hausärzterverband, HÄVG Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, HÄVG Rechenzentrum GmbH, IhF Institut für hausärztliche Fortbildung e.V., Wirtschaftsgesellschaft mbH im Deutschen Hausärzterverband) weitere Informationen per E-Mail erhalten. Ich kann den Newsletter jederzeit über den Abmeldelink in der jeweiligen E-Mail abbestellen.         </p>

<b>Unterschrift Vertragsarzt/MVZ</b> (bei MVZ Unterschrift des gesetzlichen Vertreters erforderlich;) <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<b>Datum (TT.MM.JJJJ)</b> <div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; height: 20px;"> <span style="width: 25%;"></span> <span style="width: 25%;"></span> <span style="width: 25%;"></span> <span style="width: 25%;"></span> </div>	<b>Stempel der Arztpraxis/MVZ/BAG</b> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
---	--	--

**Angaben gemäß „Stammdaten Arzt“**

<b>Nachname</b>	<b>Vorname</b>
<div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; height: 20px;"> <span style="width: 25%;"></span> <span style="width: 25%;"></span> <span style="width: 25%;"></span> <span style="width: 25%;"></span> </div>	<div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; height: 20px;"> <span style="width: 25%;"></span> <span style="width: 25%;"></span> <span style="width: 25%;"></span> <span style="width: 25%;"></span> </div>
<b>LANR</b>	
<div style="border: 1px solid black; display: flex; justify-content: space-between; width: 100%; height: 20px;"> <span style="width: 25%;"></span> <span style="width: 25%;"></span> <span style="width: 25%;"></span> <span style="width: 25%;"></span> </div>	